



**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

## ANAMNESIS

Complete esta información previa a su consulta.

Si tiene evaluación o reporte de tratamiento previo que considere útiles, favor traer una copia.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_F\_ \_M\_

Cuidador: Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Nana \_\_\_ Ambos \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_

Tiene un Diagnóstico? Fecha ? \_\_\_\_\_

Informes o evaluaciones previas: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Informe de: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DE CONSULTA

En orden de importancia – describa cuales son las dificultades de su hijo(a) que más le interesa trabajar:

1. (mas importante) \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

**HISTORIA FAMILIAR**

Hermanos (as)-Edad: \_\_\_\_\_

Otros que conviven con el niño: \_\_\_\_\_

Algún miembro de la familia ha experimentado lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Habla/Lenguaje                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de Aprendizaje                                    | <input type="checkbox"/> Desorden Comportamental   |
| <input type="checkbox"/> problemas Emocionales  | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales        |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad   | <input type="checkbox"/> Depresión                 |
| <input type="checkbox"/> Convulsión / Epilepsia                                       | <input type="checkbox"/> Ansiedad                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas Academicos : Lectura/<br>Escritura / Matematicas / | <input type="checkbox"/> Retrasos en el Desarrollo |

**HISTORIA DEL DESARROLLO**

**PRENATAL** ¿Sufrió de alguna de estas durante el embarazo?

	SI	NO		SI	NO
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola/ Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingestión Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que medicamentos tomo durante el embarazo (incluyendo vitaminas / suplementos):

¿Alguna vez experimento una perdida (aborto)? Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**PERINATAL**

Termino del embarazo:  semanas - Peso al nacer:  Kg./grms

Parto:  Vaginal  Cesárea  Inducido Condición del bebe al nacer (APGAR) \_\_\_\_\_

**POSTNATAL**





**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

**DESARROLLO MOTOR**

Edad aproximada:

Sentó: \_\_\_ meses Gateo (Rodillas-Manos): \_\_\_ meses Camino: \_\_\_ meses

¿Alguna Dificultad? \_\_\_\_\_

En la actualidad como es su desarrollo **MOTOR GRUESO**

Trepa \_\_\_ Salta \_\_\_ Corre \_\_\_ Gatea \_\_\_ Columpia \_\_\_ Volatines \_\_\_ Equilibrio \_\_\_\_\_

Sube escaleras \_\_\_ Baja escaleras \_\_\_ Sube rampas \_\_\_ aja rampas \_\_\_\_\_

¿Alguna Dificultad? \_\_\_\_\_

En la actualidad como es su desarrollo **MOTOR FINO:**

Rasga \_\_\_ Amarra \_\_\_ Desamarra \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Alguna Dificultad? \_\_\_\_\_

Dominancia: Ambidextro \_\_\_ Indefinido \_\_\_ Diestro \_\_\_ Zurdo \_\_\_

Manipula objetos de casa para abrir y cerrar? \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_

Manipula objetos como: Lego \_\_\_ Bloques \_\_\_ Tenedor \_\_\_ Cuchara \_\_\_ Palitos \_\_\_ I.Musicales \_\_\_

Alguna Dificultad? \_\_\_\_\_

**INDEPENDENCIA Y AUTOCUIDADO:**

Vestirse \_\_\_ Desvestirse \_\_\_ Con que prendas? \_\_\_\_\_

Hábitos de Aseo: Baño \_\_\_ Lavado de dientes \_\_\_ Peinado \_\_\_ Corte Uñas \_\_\_\_\_

Hay control de esfínteres? \_\_\_ Diurno \_\_\_ Nocturno \_\_\_ En entrenamiento? \_\_\_\_\_

Recoge juegos y pertenencias al terminar? \_\_\_\_\_

¿Alguna Dificultad? \_\_\_\_\_

**DESARROLLO COMUNICATIVO**

Pre-Verbal

Primeros Sonidos: \_\_\_ Balbuceos constante: \_\_\_ hasta cuándo? \_\_\_\_\_

Señala con el dedo? \_\_\_ Edad: \_\_\_ Situaciones: \_\_\_\_\_

Cambia de Expresiones Faciales: \_\_\_ En que situaciones? \_\_\_\_\_

Imita Expresiones Faciales: \_\_\_ En que situaciones? \_\_\_\_\_

Reconoce Expresiones Faciales: Alegría \_\_\_ Llanto \_\_\_ Regaño \_\_\_ Sorpresa \_\_\_\_\_

Hace juegos con personas? \_\_\_\_\_

Con que tipo de juguetes prefiere jugar? \_\_\_\_\_

Usa adecuadamente los juguetes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verbal

Primeras Palabras: \_\_\_ Combina Palabras: \_\_\_ Frases: \_\_\_\_\_

Alterna mirada y comunicación? \_\_\_\_\_

Nombra \_\_\_ Afirma (SI) \_\_\_ Niega (No) \_\_\_ Escoge \_\_\_\_\_

Comprende preguntas? Cuáles? \_\_\_\_\_

Hace gestos de uso social: Adiós \_\_\_ Hola \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Comprende bromas/sorpresas \_\_\_\_\_

Ejemplos de Lenguaje actual: \_\_\_\_\_





**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

**DESARROLLO ALIMENTICIO**

Hubo Lactancia? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Hasta Cuándo? \_\_\_\_\_ Apoyos: Areola \_\_\_ Otros? \_\_\_\_\_

¿Uso de tetero: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Hasta Cuándo? \_\_\_\_\_ Chupo: Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_

Chupo Dedo: Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Posición del dedo? \_\_\_\_\_

Otros objetos o hábitos orales: Si \_\_\_ No \_\_\_ objetos a boca \_\_\_ lamer \_\_\_ morder \_\_\_ bruxar \_\_\_\_\_

Chupar lengua \_\_\_\_\_ movimientos \_\_\_\_\_

¿Presento dificultades en la introducción de alimentos posteriores al tetero? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Llevar a la boca \_\_\_\_\_ Mascado \_\_\_\_\_ Deglución \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Prueba nuevos alimentos? \_\_\_\_\_

Tocar algún tipo de textura con manos o alguna parte del cuerpo (pies, brazos, cara, orejas, tronco)

Usa: Tenedor \_\_\_ Cuchara \_\_\_ Palillos \_\_\_ Pitillos \_\_\_ Vaso \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Preferencias Alimenticias: \_\_\_\_\_

Alimentos (texturas, sabores, olores, temperaturas) que rechaza: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE DESARROLLO EMOCIONAL- SOCIAL- COMUNICATIVO**

¿Muestra comportamientos que le preocupan? ¿Cuáles y Porque?

Estrategias para el manejo \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Habilidad de escucha de instrucciones: 1 paso \_\_\_\_\_ 2 o mas \_\_\_\_\_

Narra lo sucedido: \_\_\_\_\_

Narra cuentos \_\_\_\_\_ Narra programas de TV \_\_\_\_\_

Hace preguntas / comentarios / solicitudes \_\_\_\_\_

Como es cuando esta con otros niños en situación social? \_\_\_\_\_



**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

**ASPECTOS SENSORIALES**

Comparta si el niño tiene alguna intolerancia o por el contrario busca sensaciones en alguno de estos sentidos:

Vista: \_\_\_\_\_

Olfato: \_\_\_\_\_

Gusto: \_\_\_\_\_

Tacto: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Movimiento: \_\_\_\_\_

**SALUD / MEDICINA**

Marque si el niño ha sufrido alguno de estos problemas:

	Sí	No		Sí	No	Ha realizado evaluación
Visuales	__	__	Meningitis	__	__	Auditiva: Sí No
Anemia	__	__	Alergias	__	__	Audiometría
Vomito	__	__	Asma	__	__	Logaudiometría
Diarrea	__	__	Sinusitis	__	__	Impedanciometría
Convulsiones			Otitis			Potenciales Evocados
o "ausencias"	__	__	Audición	__	__	¿Operaciones?
Trauma Cabeza	__	__	Gripas Recurrentes	__	__	_____
Dificultad urinaria	__	__				_____

¿Estado de cornetes? ¿Adenoides? ¿Respiración? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento permanente? \_\_\_\_\_

¿Tiene una dieta o limitaciones alimenticias? \_\_\_\_\_

¿Alergias Alimenticias \_\_\_\_\_

¿Alergias Respiratorias? \_\_\_\_\_



**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

Otras: \_\_\_\_\_

**EVALUACION MÉDICA – CONDICION DE SALUD**

Examen Visual: \_\_\_\_\_ ¿Usa gafas?: \_\_\_\_\_

Otorrino: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_

Neuropediatra: \_\_\_\_\_

Dental: \_\_\_\_\_

**TERAPIAS PREVIAS O ACTUALES - Duración**

Fonoaudiología: \_\_\_\_\_

Neuropsicología: \_\_\_\_\_

Fisioterapia: \_\_\_\_\_

T. Ocupacional: \_\_\_\_\_

Ed. Especial: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**HISTORIA EDUCATIVA**

Preescolar: \_\_\_\_\_ Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Colegio Actual: \_\_\_\_\_ Horarios: AM PM

Curso: \_\_\_\_\_

Contacto en el Colegio: \_\_\_\_\_

Asignaturas de su interés: \_\_\_\_\_

Asignaturas que se le dificultan: \_\_\_\_\_

Extra-curriculares \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_





**La Historia Clínica del Paciente es un Documento Confidencial**

**CONDUCTA A SEGUIR**

Evaluaciones: \_\_\_\_\_ Fechas de Evaluación: \_\_\_\_\_

Numero de sesiones: \_\_\_\_\_

Áreas de trabajo: \_\_\_\_\_

Remisiones: \_\_\_\_\_

Ingreso Base de Datos:

